

# LÄÄKKEETTÖMIEN HOITOKEINOJEN KÄYTTÖ MUISTI- SAIRAIKEN HOIDOSSA

Hoitajien kokemuksia hypistelymuhvien käytöstä

Papinaho Piia  
Tofferi Ella

Opinnäytetyö  
Hyvinvointipalveluiden osaamisala  
Sairaanhoitajakoulutus  
Sairaanhoitaja (AMK)

2017

Koulutusalan nimi  
Koulutus  
Tutkintonimike

---

<b>Tekijä</b>	Piia Papinaho & Ella Tofferi	Vuosi	2017
<b>Ohjaaja(t)</b>	Sari Arolaakso & Aija Lämsä		
<b>Toimeksiantaja</b>	Ulla Kuusisto, Länsi-Pohjan Muistiyhdistys		
<b>Työn nimi</b>	Lääkkeettömien hoitokeinojen käyttö muistisairaiden hoidossa – hoitajien kokemuksia hypistelymuhvien käytöstä		
<b>Sivu- ja liitesivumäärä</b>	34 + 4		

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää teemahaastattelun avulla hoivakodeissa käytössä olevia muistisairaalan lääkkeettömiä hoitokeinoja ja minkälaisia kokemuksia hoitajilla on hypistelymuhvien käytöstä osana muistisairaalan hoitoa. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada haastattelujen avulla tietoa, jota voidaan hyödyntää muistisairaalan lääkkeettömässä hoitotyössä. Opinnäytetyössä kuvataan muistisairaalan käytösoireiden hoidon periaatteita ja käytössä olevia hoitomenetelmiä sekä erityisesti levottomuuteen käytettäviä lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä keinoja. Lisäksi työssä kerrotaan teoriaa yleisimmistä etenevistä muistisairauksista, jotka ovat Alzheimerin tauti, Lewyn kappale – tauti sekä verisuoniperäinen muistisairaus.

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin laadullista tutkimusta ja se toteutettiin teemahaastatteluilla. Haastattelut tehtiin kahden eri hoivakodin hoitajille Kemissä. Idea opinnäytetyön aiheeksi on lähtöisin Länsi-Pohjan Muistiyhdistykseltä, joka toimi työssä toimeksiantajana.

Tutkimuksessa selvisi, että muistisairaalan käytösoireiden lieventämisessä tehokkaimmiksi keinoiksi ovat koettu lääkkeettömät hoitokeinot, kuten keskustelu ja ajan antaminen sekä erilaiset aktiviteetit kuten musiikin kuuntelu. Hypistelymuhvit on koettu hyödyllisiksi apuvälineiksi muistisairaalan hoitotyössä, mutta niitä käytetään hoivakodeissa melko vähän. Aihe on hoitajille uusi, joten hypistelymuhveja ei vielä ole osattu ottaa osaksi muistisairaalan päivittäistä hoitotyötä hoivakodeissa.

Avainsanat                      muistisairaus, käytösoireet, lääkkeetön hoito, hypistelymuhvi

School of  
Name of Degree Programme  
Degree

---

<b>Author</b>	Piia Papinaho & Ella Tofferi	Year	2017
<b>Supervisor</b>	Sari Arolaakso & Aija Lämsä		
<b>Commissioned by</b>	Ulla Kuusisto, Länsi-Pohjan Muistiyhdistys		
<b>Subject of thesis</b>	Usage of non-medical treatments caring for patients with memory disorder – experiences of nurses using twiddlemuffs		
<b>Number of pages</b>	34 + 4		

---

The purpose of this thesis was to resolve by theme interviews the methods of current non-medical treatments and the experiences of nurses using twiddlemuffs as part of treatment for memory disorderly patients. The aim of the thesis was to get information that can be used in non-medical treatment of patients with memory disorder. This thesis describes principles of treating behavioral symptoms and current methods of treatment and especially medical and non-medical ways to treat restlessness. Also there is theory about most common progressive memory disorders, which are Alzheimer's disease, Lewy body dementia and vascular dementia.

Method of research used in this thesis was qualitative research and it was implemented by theme interviews. Interviews were made to nurses of two different nursing homes in Kemi. The idea for the subject of thesis came from Länsi-Pohjan Muistiyhdistys, who were commissioners of the research.

In the research it was found that the most efficient ways of mitigating behavioral symptoms were non-medical treatments such as conversation, giving time and different activities like listening to music. Twiddlemuffs have been experienced as useful tools in treatment of patients with memory disorder, but they are used quite meagerly in nursing homes. Twiddlemuffs as a subject is new to nurses, so they haven't been implemented in daily treatment of patients with memory disorder in nursing homes.

Key words                      memory disorder, non- medical treatment, behavioral symptoms, twiddlemuff

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 YLEISIMMÄT MUISTISAIRAUDET .....	7
2.1 Alzheimerin tauti (AT) .....	7
2.2 Lewyn kappale -tauti .....	8
2.3 Verisuoniperäinen muistisairaus .....	9
3 MUISTISAIRAAN HOITOTYÖ .....	11
3.1 Käyttösoireet ja levottomuus .....	11
3.2 Käyttösoireiden lääkehoito .....	12
3.3 Viriketoiminta ja aktiviteetit .....	14
3.4 Omaishoitajat, hoitohenkilökunta sekä hoitoympäristö .....	16
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	18
5 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSMENETELMÄ .....	19
5.1. Laadullinen tutkimus .....	19
5.2. Tutkimusaineiston analysointi .....	21
5.3. Laadullisen tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	22
6 TUTKIMUSTULOKSET .....	24
6.1 Lääkkeettömien keinojen käyttö muistisairaassa hoitotyössä .....	24
6.2 Hypistelymuhvien käyttö muistisairaassa hoitotyössä .....	27
6.3 Johtopäätökset .....	28
7 POHDINTA .....	30
LÄHTEET .....	32
LIITTEET .....	35

## 1 JOHDANTO

Muistisairauksia sairastavien lukumäärä kasvaa voimakkaasti ihmisten eläessä yhä pidempään (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja Hyvinvoinnin tutkimuskeskus 2017. Muistisairauksien yleisyys). Muistisairaudet ovat ikääntyneiden ihmisten merkittävin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarvetta aiheuttava sairausryhmä ja pitkäaikaishoitopaikkojen tarpeen suurin syy (Sulkava 2010, 135). Muistisairauksiin liittyy tiiviisti käytösoireet, joilla tarkoitetaan muistisairauden aiheuttamia haitallisia muutoksia käytöksessä tai tunne-elämässä. Muistisairas ei pysty selkeästi ilmaisemaan tunteitaan ja tarpeitaan, joten kun muistisairas kokee pahaa oloa tai turvattomuutta, hän ilmaisee sen niillä keinoilla, joita hänellä on. Nämä keinot näkyvät usein erilaisina käytösoireina. (Kan & Pohjola 2012, 220; Käypä hoito-suositus 2017. Muistisairaudet.) Käytösoireita ovat muun muassa levottomuus, ahdistuneisuus, aggressiivisuus ja harhaluuloisuus. Käytösoireet ovat omaisille ja hoitohenkilökunnalle raskaita ja väsyttäviä. (Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 281-282.) Käytösoireiden hoidossa ensisijaisia ovat lääkkeettömät hoitokeinot (Sulkava 2010, 134).

Yksi esimerkki lääkkeettömästä hoitokeinosta on hypistelymuhvi. Se on Iso-Britanniassa kehitetty neulomalla, virkkaamalla tai ompelemalla valmistettu hypistelytuote, jonka tarkoituksena on antaa levottomille käsille tekemistä. Tämä voi esimerkiksi rauhoittaa muistisairasta, sekä palauttaa mieleen muistoja. Muhvin ulko- ja sisäpuolelle on kiinnitetty toimintaa aktivoivia pieniä esineitä, esimerkiksi palloja, nappeja tai virkattuja kuvioita. Nämä tuovat virikettä muistisairalle niin hypistelyn, kuin näköaistinkin kautta. Hypistelymuhvi on tehokkaimmillaan henkilöllä, jonka muistisairaus on edennyt jo pitkälle. Hypistelymuhvit on otettu käyttöön Suomessa ensimmäisenä Joensuussa, missä niistä on saatu rohkaisevia tuloksia muistisairaiden hoidossa. Sulkeutuneet muistisairaat ovat ottaneet kontaktia ympäristöönsä ja levottomat ovat rauhoittuneet saadessaan hypistellä muhvia. (Ruotsalainen & Suvanto 2015.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena on selvittää teemahaastattelun avulla hoivakodeissa käytössä olevia muistisairaan lääkkeettömiä hoitokeinoja ja minkälaisia koke-

muksia hoitajilla on hypistelymuhvien käytöstä osana muistisairaanhoidon hoitoa. Opin-  
näytetyön tavoitteena on saada haastattelujen avulla tietoa, jota voidaan hyödyn-  
tää muistisairaanhoidon lääkkeettömässä hoitotyössä. Tutkimus tehtiin kahden eri hoi-  
vakodin hoitajille Kemissä. Opinnäytetyössä kuvataan muistisairaille ilmenevien  
käyttöoireiden hoidon periaatteita ja käytössä olevia hoitomenetelmiä sekä eri-  
tyisesti levottomuuteen käytettäviä lääkkeitä ja lääkkeitä keinoja. Lisäksi  
työssä kerrotaan teoriaa yleisimmistä etenevistä muistisairauksista, jotka ovat Al-  
zheimerin tauti, Lewyn kappale – tauti sekä verisuoniperäinen muistisairaus.

Idea opinnäytetyöhön lähti molempien opinnäytetyön tekijöiden kiinnostuksesta  
muistisairauksiin ja niiden hoitoon. Mielenkiintoista aihetta kysyttiin Länsi-Pohjan  
Muistiyhdistykseltä, jonka puheenjohtaja ehdotti, että tutkimus tehtäisiin hypiste-  
lymuhveista muistisairaiden hoidossa. Aihe kuulosti ajankohtaiselta ja omaperäi-  
seltä. Aiheeseen perehtyessä hypistelymuhveista ei löytynyt aiempia tutkimuksia.  
Aiheen esille tuominen voi mahdollisesti rohkaista hoitajia käyttämään hypistely-  
muhveja hoitotyössä enemmän hyödyksi, mikä myös innosti valitsemaan tämän  
aiheeksi opinnäytetyölle.

## 2 YLEISIMMÄT MUISTISAIRAUDET

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää muistia ja muita kognition eli tiedonkäsittelyn osa-alueita. Etenevässä muistisairaudessa on kyse aivojen hitaasta rappeutumisesta eli atrofiasta. Tärkein tekijä etenevien muistisairauksien ehkäisemisessä on aivoterveystä huolehtiminen, johon kuuluu sopivassa suhteessa lepoa, räsytystä, liikuntaa ja ravintoa. Etenevät muistisairaudet ovat kansanterveydellinen haaste ja muistisairauksia sairastavien ihmisten määrä kasvaa jatkuvasti väestön ikääntyessä. Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, Lewyn kappale- tauti ja verisuoniperäinen eli vaskulaarinen muistisairaus. (Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos 2015. Muistisairaudet.; Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 205, 207, 211.)

### 2.1 Alzheimerin tauti (AT)

Kaikista etenevää muistisairautta sairastavista noin 70 %:lla on Alzheimerin tauti, mikä tekee siitä yleisimmän dementiaa aiheuttavan muistisairauden. Dementia ei ole erillinen sairaus, vaan sillä tarkoitetaan useamman kuin yhden kognitiivisen toiminnon heikentymistä aikaisempaan suoritustasoon nähden niin, että se heikentää itsenäistä selviytymistä muun muassa päivittäisissä toiminnoissa. Alzheimerin taudin tärkein vaaratekijä on korkea ikä. Pienellä osalla väestöä tauti on perinnöllinen, jolloin oireet ilmenevät jo 40-50-vuotiaana. Muita sairastumisen riskiä lisääviä asioita ovat muun muassa hoitamaton verenpaine, aivovammat, veren suuri kolesterolipitoisuus ja vähäinen henkinen aktiivisuus. Alzheimerin taudin (AT) taustalla on vaurio älylliselle toimintakyvylle tärkeillä aivoalueilla. Vaurion vuoksi aivojen normaali toiminta häiriintyy, aivosolujen väliset yhteydet vähenevät ja lopulta solut kuolevat. Ensimmäiset aivomuutokset havaitaan ohimolohkojen sisäosissa alueilla, jotka säätelevät uusien asioiden oppimista. Taudin edetessä vauriot aivoalueilla aiheuttavat muisti- ja oppimisvaikeuksien lisäksi myös monia muita oireita. Tauti etenee tasaisesti ja kestää ensimmäisistä oireista loppuvaiheeseen 2-20 vuotta. Taudin tyypillisin kesto on noin 12 vuotta. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 16-17; Kan & Pohjola 2012, 197.)

Alzheimerin taudin oirekuva jaetaan neljään vaiheeseen, jotka ovat varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea. Taudin ensimmäisiä oireita ovat yleensä lähimuistin

häiriöt, oppimisvaikeudet, käyttöesineiden hukkaaminen, vaikeus liikkua vierassa paikassa sekä tapahtumajärjestysten ja asioiden sekoittumista. Taudin edetessä sairautentunne ja toimintakyky heikkenevät. Myöhemmin ilmeneviä oireita ovat esimerkiksi kielelliset ongelmat, ajan ja paikan tajun heikkeneminen sekä ymmärtämisen vaikeudet. Taudin edetessä myös käytösoireiden esiintyvyys lisääntyy ja ne vaikeutuvat, sekä omatoimisuus heikkenee. Loppuvaiheessa muistisairas elää lapsuuttaan eikä hän tunnista omaisiaan. Avun ja valvonnan tarve on pienen lapsen tasoista. (Muistiliitto 2017. Alzheimerin tauti.; Käypä hoitosuositus 2017. Muistisairaudet.; Hallikainen 2017, 226-227.)

Alzheimerin taudin hoidon keskeisinä tavoitteina ovat kotona asumisen jatkaminen mahdollisimman pitkään, sillä yli 85 % AT:n hoidon kustannuksista liittyy laitoshoidon. Tavoitteena on myös ylläpitää potilaan ja hänen omaistensa hyvää elämänlaatua. Lääkehoito kuuluu osaksi taudin hoitoa. Kuitenkaan taudin vaikeassa muodossa lääkehoidolla ei yleensä enää saavuteta hyötyä. Lääkitystä jatketaan kuitenkin yksilöllisesti niin kauan kuin hoidosta on jonkinlaista hyötyä muistisairaille. Kokonaisuudessaan hoito on yhteistyötä potilaan, omaisten ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan välillä. (Soinila ym. 2011, 370; Kan & Pohjola 2012, 198.)

## 2.2 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale-taudin nimi viittaa hermosolujen sisäisiin patologiisiin muutoksiin aivokuorella. Se on hankalasti tunnistettava, sillä se diagnosoidaan usein Parkinsonin taudiksi tai Alzheimerin taudiksi. Lewyn kappale-tautia sairastaa noin 10-15 prosenttia muistisairaista. (Hartikainen 2014, 288.) Tauti alkaa useimmiten 60–65-vuotiaana, mutta joillekin se voi tulla jo 50-vuotiaana tai vasta 80 ikävuoden jälkeen. Taudin ennuste vaihtelee paljon, se voi kestää alle viidestä vuodesta jopa yli 30 vuoteen. Syitä taudin puhkeamiseen ei tunneta. (Sulkava 2016.)

Lewyn kappale-taudin ensimmäisiin oireisiin kuuluvat usein näköharhat ja mielialanmuutokset. Kognitiiviset häiriöt painottuvat useimmiten visuaalisen hahmottamisen alueelle ja näin ollen kielelliset toiminnot ja muisti säilyvät pitempään. (Juva ym. 2011, 196.) Taudin edetessä ilmenee Parkinsonin taudin



kaltaisia motorisia oireita, esimerkiksi jäykkyyttä ja hitautta, askelten lyhenemistä ja mataloitumista, sekä eteenpäin-kaatumistaipumusta ja lepoapinaa. Nämä oireet ovat usein kuitenkin huomattavasti lievempiä kuin Parkinsonin taudissa. Lewyn kappale-taudin diagnoosia tukevat myös selittämättömät kaatumiset ja pyörtymiset, sekä pidemmät tajuttomuuskohtaukset. Äkkipikaisuus on myös hyvin tyypillistä Lewyn kappale-tautia sairastavilla potilailla. (Sulkava 2016.)

Lewyn kappale -tautiin ei ole olemassa parantavaa hoitoa, mutta monia sen oireita voidaan hoitaa sekä lääkkeillä että lääkkeettömästi. Alzheimerin tautiin käytettävät lääkkeet auttavat usein myös Lewyn kappale-taudissa. Ne kirkastavat ajatusta ja vähentävät käytöshäiriöitä ja näköharhoja. Potilaat ovat herkkiä neurolepteille eli psykoosilääkkeille, joten niitä tulee välttää tai käyttää vain harkiten ja pienin annoksina. Lewyn kappale-tautia sairastavilla verenpaine on usein matala, joten siihen tulee kiinnittää huomiota, sillä alhainen verenpaine altistaa kaatumisille (Kan & Pohjola 2012, 198). Toimintakyvyn säilymisen kannalta on erittäin tärkeää huolehtia fyysisestä kunnosta, elää aktiivisesti ja saada riittävästi virikkeitä. Fysioterapia ja kävelyharjoitukset tulee aloittaa hyvissä ajoin, jotta liikkumiskyky säilyy mahdollisimman pitkään. Lewyn kappale-taudin monenlaiseen oireiluun on olemassa monenlaisia eri hoito- ja auttamiskeinoja. (Sulkava 2016; Hallikainen 2017, 233.)

### 2.3 Verisuoniperäinen muistisairaus

Verisuoniperäiset eli vaskulaariset muistisairaudet ovat aivoverenkiertohäiriön tai aivojen verisuonten vaurioiden aiheuttamia muistisairauksia. Muistioirepotilaista noin viidenneksellä tauti on verisuoniperäinen. Tauti vaurioittaa useimmiten aivojen syvien osien pieniä valtimoita, jonka seurauksena syntynyt hapenpuute saa aikaan vaurioita valtimoiden lisäksi myös aivojen syviin osiin. Riskitekijöitä verisuoniperäiseen muistisairauteen ovat korkea verenpaine, diabetes, korkea kolesterolipitoisuus, tupakointi, runsas alkoholikäyttö sekä ylipaino. Vaskulaarinen muistisairaus itsessään ei ole periytyvä, mutta riskitekijöistä osa on perinnöllisiä. (Juva & Härmä 2013; Kan & Pohjola 2012, 199.)

Verisuoniperäinen muistisairaus on yleisnimitys taudin eri alalajeille, jotka määrittelevät taudin oireiston ja etenemisprosessin. Nämä riippuvat siitä, minkä tyyppinen verenkiertohäiriö on ja missä kohtaa aivoja se sijaitsee. Yleisiä oireita ovat kuitenkin toiminnanohjaamisen vaikeutuminen, keskittymiskyvyn heikentyminen, hahmottamisvaikeudet, passiivisuus ja aloitekyvyn heikentyminen. Suunnitelmallisuuden ja järjestelmällisyyden häiriöt ovat usein muistiongelmia selvempiä häiriöitä (Kan & Pohjola 2012, 199). Yöllinen sekavuus, kävelyvaikeudet ja masennus ovat yleisiä jo taudin alkuvaiheessa. Potilas voi menettää kävelykykynsä jo melko varhaisessa vaiheessa. Käyttöoireita ilmenee enemmän kuin Alzheimerin taudissa. Oireiden eteneminen on kuitenkin hyvin yksilöllistä. Toisilla tauti etenee portaittain tai tasaisesti, oireet voivat myös pysyä muuttumattomina pitkään ja toisilla taas voi välillä esiintyä jopa tilan kohenemistä. (Juva & Härmä 2013; Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 90.)

Toistaiseksi verisuoniperäiseen muistisairauteen ei ole olemassa lääkehoitoa. Hoidossa keskitytään aivoverenkiertosairauden uusiutumisen ehkäisyyn ja mahdollisten riskitekijöiden hoitoon. Jos taustalla on esimerkiksi diabetesta tai verenpainetauti, tulee ne saada hyvään hoitotasapainoon. Muita hoitomuotoja ovat esimerkiksi fysioterapia ja puheterapia. Verisuoniperäisen muistisairauden kesto on useimmiten 7-9 vuotta eli yleensä sairastamisaika on lyhyempi kuin Alzheimerin taudissa. Kuolinsyynä on usein sydän- tai aivoinfarkti eikä itse muistisairaus. (Atula 2015; Kan & Pohjola 2012, 199; Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 90-91.)

### 3 MUISTISAIRAAN HOITOTYÖ

#### 3.1 Käyttöoireet ja levottomuus

Muistisairaille on usein käyttöoireita, joilla tarkoitetaan muistisairauden aiheuttamia haitallisia muutoksia käytöksessä tai tunne-elämässä. Muistisairas ei pysty selkeästi ilmaisemaan tunteitaan ja tarpeitaan. Kun muistisairas kokee pahaa oloa tai turvottomuutta, hän ilmaisee sen niillä keinoilla, joita hänellä on. Nämä keinot näkyvät usein erilaisina käyttöoireina. (Kan & Pohjola 2012, 220; Käypä hoito-suositus 2017.) Käyttöoireita ovat muun muassa masennus, touhuilu, levottomuus, harhaluuloisuus, aggressiivisuus, estottomuus ja mielialan vaihtelut. Nämä ovat hoitohenkilökuntaa ja läheisiä eniten uuvuttavia hoito-ongelmia. Muistisairas ei välttämättä enää tiedosta tai kykene itse sanomaan, jos hänellä on esimerkiksi kipuja tai muita fyysisiä vaivoja, ja se voi ilmetä käyttöoireina. Myös esimerkiksi ymmärtämisen vaikeudet, kuulon ja näön heikentyminen sekä huonot henkilökemiat voivat purkautua haastavana käyttäytymisenä. Käyttöoireista kärsii lähes jokainen muistisairas henkilö jossain sairautensa vaiheessa ja ensisijaisesti niitä tulisi hoitaa lääkkeettömästi ja selvittää mahdollisia taustasyitä käyttäytymiseen. Valitettavan usein käyttöoireet johtavat liialliseen ja jopa turhaan rauhoittavien lääkkeiden käyttöön, mikä osaltaan heikentää muistisairaan ihmisen ennustetta. (Medina ym. 2006 281-282; Lumijärvi 2012, 60; Eloniemi-Sulkava 2010.)

Hoitotyön tulee perustua mielenterveyden ja psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseen, minkä avulla voidaan jopa ehkäistä käyttöoireiden syntyä. Tulee muistaa, että käyttöoireisten muistisairaiden ihmisten hoito koostuu monista osatekijöistä. Se on kokonaisuus, jossa hoidossa on mukana sekä psykososiaalisia, hoidollisia ja lääketieteellisiä keinoja. Ihmiset ovat yksilöllisiä ja muistisairaudet ilmenevät eri tavoin, minkä vuoksi hoitokeinojen tulee olla erilaisia ja jokaiselle potilaalle sopiviksi räätälöityjä (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 235, 237.)

Levottomuus- eli agitaatio-oireita esiintyy tavallisimmin keskivaikeassa ja vaikeassa muistisairaudessa ja niitä ilmenee noin 30 %:lla yli 65-vuotiaista muistisairaista (Vataja 2014, 47,49). Tyypillisiä levottomuuden oireita ovat muun muassa

saman asian kyseleminen, jatkuva puhuminen, tavaroiden kerääminen ja purkaminen. Levottomuus voi ilmetä myös vihamielisenä käyttäytymisenä kuten kiukuiluna, uhkailuna, kiroiluna ja fyysisenä väkivaltana. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 129.) Levottomuuden syy selvitetään perehtymällä siihen, minkä tyyppistä levottomuutta esiintyy ja missä tilanteissa. Levottomuus on usein mielekäs tapa lieventää stressiä. Se voi myös johtua fyysisestä kivusta tai huonovointisuudesta. Hoidossa tärkeää on ympäristön turvallisuus. Yleinen melu ja rauhattomuus aiheuttavat turvattomuuden tunnetta, joka voi purkautua levottomuutena. Muiden ihmisten rauhallinen toiminta taas vähentää kaaoksen tunnetta. Tärkeää on, että muistisairas kokee muiden hallitsevan tilannetta, vaikkei hän itse siihen pystykään. (Kan & Pohjola 2012, 225.)

Käyttösoireita vähentää rauhallisen ympäristön lisäksi vakiintunut päivärytmi, johon kuuluu aamu- ja iltapesujen sekä vakiintuneiden ruokailuaikojen lisäksi aktiivista päivätoimintaa. Tätä voi olla esimerkiksi ulkoilu, kuntoilu ja erilaiset ryhmätoiminnot. Kaikenlainen päivällä tapahtuva toiminta kuuluu hyvään lääkkeettömään hoitoon. Aktiivisella päivätoiminnalla lievitetään myös niin kutsuttua sundowning-oireyhtymää, jossa levottomuus, sekavuus ja kuljeskelu lisääntyvät iltaisin (Muistiliiton julkaisusarja 2/2016. Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 35). Myös vuorovaikutuksella on suuri vaikutus muistisairaahan käyttökseen. Jos hoitaja esimerkiksi korottaa ääntään, kun kohtaa levottoman muistisairaahan, se yleensä vain lisää hermostuneisuutta. Hoitajan kannattaa olla tietoinen omista ilmeistä ja eleistä, sillä ne kertovat enemmän kuin tuhat sanaa. Käyttösoireiden hyvällä lääkkeettömällä hoidolla voidaan parantaa muistisairaahan elämänlaatua, kun taas varomattomalla lääkityksellä voi olla päinvastaisia vaikutuksia. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 184; Muistisairaahan omainen ja hoitaja-opas 2009, 12.)

### 3.2 Lääkehoito

Levottomuuden hoidossa käytetään pääsääntöisesti ei-lääkkeellistä hoitoa, mutta toisinaan on turvauduttava lääkehoitoon. AKE-lääkkeet (asetyylikoliinisteraasientsyymien estäjät) ovat yleisesti käytössä lievää tai keskivaikeaa Alzheimerin tautia sairastavilla. Ne tehostavat aivojen asetyylikoliinin toimintaa. Tällaisia lääkkeitä ovat donepetsiili, rivastigmiini ja galantamiini. AKE-lääkkeet parantavat muun muassa potilaan tarkkaavaisuutta, keskittymiskykyä ja yleistä

suorituskykyä. AKE-lääkkeiden on todettu vähentävän käytösoireita merkittävästi. (Nurminen 2011, 359.) AKE-lääkkeiden yleisimpiä haittavaikutuksia ovat ruokahaluttomuus, pahoinvointi, ripuli ja oksentelu. Jos rivastigmiinia käyttää laastarin muodossa oireet ovat vähäisempiä, mutta tällöin voi kuitenkin ilmetä laastarin kiinnityskohdassa iho-oireita. (Hallikainen 2014). Myös vaikean Alzheimerin taudin hoidossa käytetty memantiini voi rauhoittaa levotonta muistisairasta (Pitkälä 2009, 166).

Levottomuusoireista kärsiville muistisairaille voi tarvittaessa antaa lyhytaikaisesti pieniä annoksia keskushermostoon vaikuttavia bentsodiatsepiineja. Ne auttavat vähentämään hermostuneisuutta, jännitystä sekä muita levottomuuden oireita. Vanhuksille sopivia bentsodiatsepiineja ovat esimerkiksi loratsepaami ja oksatsepaami, joilla on nopeahko puoliintumisaika, joten ne poistuvat elimistöstä nopeammin. Näillä lääkkeillä on pienempi riski kerääntyä elimistöön ja aiheuttaa myrkytystiloja. Vanhemmat bentsodiatsepiinit, kuten diatsepaami ja fluratssepaami, ovat hyvin rasvaliukoisia lääkkeitä, joten niiden puoliintumisaika voi olla rasvakudoksen lisääntymisen vuoksi vanhalla ihmisellä jopa nelinkertainen verrattuna nuoreen ihmiseen. Lääkehoidossa siis aina huomioida ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset, jotka johtavat lääkeaineiden hitaampaan imeytymiseen, lääkeaineiden puoliintumisajan ja vaikutusajan pidentymiseen sekä lääkeaineen tehon voimistumiseen. Tämän vuoksi ikääntyneiden ihmisten lääkeannosten tulisi olla pienemmät kuin työikäisten ihmisten. Bentsodiatsepiinien hyötyjä ja haittavaikutuksia tulee arvioida säännöllisesti. Bentsodiatsepiinien yleisimpiä haittoja muistisairaille ovat muistivaikeuksien lisääntyminen, uneliaisuus, lihasheikkous ja koordinaatiokyvyn heikentyminen. Toisinaan muistisairaavat reagoivat bentsodiatsepiiniin muuttumalla levottomimmiksi ja ärtyneemmiksi rauhoittumisen sijaan. (Lippincott Williams & Wilkins 2011, 115-116; Käypä hoito-suositus 2017. Muistisairaudet.; Kelo ym. 2015, 173-174; Alanen, Järventausta, Talaslahti & Leinonen 2013.)

Levottomuuden hoidossa voidaan käyttää myös masennuslääkkeistä serotoniniin takaisinoton estäjiä kuten sitalopraamia tai essitalopraamia, tai iltaisin annettavaa mirtatsapiinia, jolla on väsyttävä vaikutus. Psykoosilääkkeitä, esimerkiksi ketiapiinia, risperidonia ja haloperidolia, voidaan joissain tapauksissa käyttää vai-

kean levottomuuden hoidossa. Psykoosilääkkeiden tarvetta tulee arvioida säännöllisesti ja niitä tulee käyttää vain vaikeimpien oireiden lyhytaikaisessa hoidossa (Käypä hoito-suositus 2017). Psykoosilääkkeet voivat aiheuttaa ikääntyvillä sekä antikolinergisiä vaikutuksia, kuten esimerkiksi suun kuivuutta, ummetusta ja kognitiivisia häiriöitä, että ekstrapyramidaalioireita, kuten esimerkiksi jäykkyyttä, liikkeiden hitautta ja akatisiaa eli levottomuustilaa. Ketiaapiini on varsinkin Lewyn kappale-tautia sairastavalle hyvä vaihtoehto, sillä se aiheuttaa vähemmän ekstrapyramidaalioireita. Psykoosilääkkeistä risperidonilla on ainoana virallinen indikaatio käytösoireiden hoitoon. (Lippincott's Williams & Wilkins 2011, 115; Sulkava 2010, 135.) Ketiaapiini ja risperidoni ovat uuden sukupolven psykoosilääkkeitä ja ne ovat ikääntyneille muistisairaille turvallisempi vaihtoehto kuin vanhemmat psykoosilääkkeet, joita ovat muun muassa haloperidoli ja levomepromatsiini (Vataja 2014, 60). Kuitenkin uuden sukupolven psykoosilääkkeitä käyttävillä muistisairaille on kolminkertainen riski aivoverenkiertohäiriöön ja lähes kaksinkertainen kuoleman riski verrattuna niihin, jotka eivät käytä kyseisiä lääkkeitä (Alanen ym. 2013).

### 3.3 Viriketoiminta ja aktiviteetit

Muistisairaahan käytösoireita voidaan lääkehoidon ohella rauhoittaa erilaisilla aktiviteeteilla. Aktiviteetti antaa muistisairaalle yksinkertaisen aiheen, johon keskittyä. Tällöin muistisairaahan aivoilla on tekemistä, eikä levottomien asioiden ajattelulle jää aikaa. Aktiviteetin tulee olla yksinkertainen ja helposti ymmärrettävä, jotta muistisairas saa siitä tyydytystä eikä epäonnistumisen tunnetta kehity. Muistisairas ihminen väsy nopeasti, joten mahdollisimman yksinkertaisen aktiviteetin hyödyntäminen lisää sen vaikutuksen pitkäkestoisuutta. Aktiviteetti voi olla esimerkiksi läheisen tai hoitajan kanssa keskustelua, mutta joskus hiljainen tekeminen rauhoittaa enemmän. Tällainen hiljainen aktiviteetti voi olla esimerkiksi jokin yksinkertainen peli, pehmolelun tai hypistelymuhvin käsittely, piirtäminen tai käsien hieronta. (King 2013, 6-8.) Kokonaishoidon osana voidaan käyttää myös erilaisia terapioiden, kuten valohoitoa, muistelua, musiikki-, liike- ja aromaterapiaa (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 237).

Usein aktiviteetit, jotka tuovat jollain tapaa mieleen muistoja esimerkiksi lapsuudesta ovat hyvin mieluisia. Aktiviteettien suunnittelussa tulee ottaa huomioon yksilöllisyys. Henkilö, jonka muistisairaus on edennyt jo pitkälle, vaatii huomattavasti yksinkertaisempia aktiviteetteja kuin henkilö, jolla muistisairaus on vasta alussa. (King 2013, 6-8). Yhteistyö omaisten kanssa on erittäin tärkeää, sillä se auttaa löytämään sopivia keinoja, joilla tukea muistisairaahan ihmisen hyvinvointia. Muistisairaahan ihmisen hoidon tulee olla potilaslähtöistä. Muistisairasta kuunnellaan, kysytään hänen toiveitaan ja tarpeitaan ja ollaan kiinnostuneita hänen elämästään. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 243.)

Viriketoiminnalla tuetaan muistisairaahan elämän normaaleja rooleja ja ehkäistään liiallista potilaan roolin omaksumista ja laitostumista. Viriketoiminta ei aina edellytä monimutkaisia järjestelyjä tai erikoisvalmisteluja, vaan usein sillä pyritään pitämään tavalliset arkipäivät sopivan tapahtumarikkaina. Viriketoiminta on elämysten tuottamista esimerkiksi sosiaalisia, liikunnallisia, musiikillisia tai luontoperaisiksi keinoja käyttäen. Sillä tuetaan muistisairaahan keskittymiskykyä, aisteja, muistia, sosiaalisia taitoja sekä fyysistä kuntoa ja ylläpidetään yleistä toimintakykyä ja hyvinvointia. Ihmistä autetaan pois ahdistavista ajatuksista kääntämällä huomio positiivisiin asioihin ja antamalla onnistumisen tuntemuksia, sekä ryhmään kuuluvuuden tunne. Näin voidaan vaikuttaa muistisairaahan mielialaan, jolloin psyykelääkkeiden tarve vähenee. (Sulkava 2010, 134-136; Muistisairaahan omainen ja hoitaja-opas 2009, 13.)

Liikunta virkistää kehoa, vilkastuttaa aivoverenkiertoa ja parantaa hermosolujen välistä yhteyttä ja on näin ollen erittäin tärkeää muistisairaalle. Liikunta parantaa myös unen laatua, kuormittaa luustoa, lisää energisyyttä ja vahvistaa itsetuntoa. Liikuntaa on hyvä harrastaa säännöllisesti ottaen huomioon muistisairaahan ikä ja kunto. Liikunnan tulisi tuottaa iloa ja onnistumisen kokemuksia. Liikunta auttaa myös masennuksen ja ahdistuksen tunteiden ehkäisyssä. Hyviä liikuntamuotoja ovat muun muassa allasjumppa ja sauvakävely. Lihastasapainon ylläpidolla ehkäistään myös kaatumistapaturmia. Liikunnan olisi hyvä toteutua rauhallisessa paikassa, sillä kova melu ja ihmispaljous voi ahdistaa muistisairasta ja siten estää liikunnasta nauttimisen. (Muistisairaahan omainen ja hoitaja-opas 2009, 13; Kelo ym. 2015, 218.)

Musiikilla on tutkitusti todistettu olevan positiivisia vaikutuksia muistisairaana mielialaan ja sen on koettu rauhoittavan levottomuusoireista muistisairasta (Sipola & Tiikkainen 2014). Esimerkkinä tästä on Miina Sillanpään säätiön julkaisema tutkimus ”Muistaakseni laulan”, jonka mukaan musiikin käyttö osana hoitotyötä parantaa muistisairaana mielialaa, piristää, edistää kommunikointia sekä stimuloi muistelua. Tutkimuksessa kerrotaan kuinka Alzheimerin tautia sairastavat vanhuksat kykenevät usein tunnistamaan tuttua musiikkia, havaitsemaan musiikin välittämiä tunteita sekä muistamaan tuttujen laulujen sanoja. Tutkimuksessa viitataan myös toisiin tutkimuksiin, joissa on havaittu, että musiikkiin saatetaan reagoida jopa Alzheimerin taudin loppuvaiheessa, jolloin muut aistiärsykkeet eivät välttämättä enää saa aikaan minkäänlaisia reaktioita. (Särkämö ym. 2011. Muistaakseni laulan. Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja A:10.)

lakkään toimintakyvyn heiketessä hänestä tulee riippuvainen toisista ihmisistä ja hänen mahdollisuutensa osallistua ulkopuoliseen elämään vähenee. Syrjäytymisen muusta yhteiskunnasta voi aiheuttaa yksinäisyyttä ja mielenterveysongelmia. Palvelukotien henkilöstön tehtävänä on varmistaa, ettei kukaan asukkaista jää yksin ja syrjäydy. Siksi arkeen tulee luoda toimintaa sekä yksin, että yhdessä toisten asukkaiden kanssa. Ihmisillä on erilainen osallistumisen tarve, joten toiminta tulee suunnitella yksilöllisten toiveiden pohjalta. Viriketoimintaa voi olla esimerkiksi muistelu, tanssiminen, kuvataideterapia, lemmikkieläinterapia tai erilaiset pelit. (Kan & Pohjola 2012, 78-85).

### 3.4 Omaishoitajat, hoitohenkilökunta sekä hoitoympäristö

Kotona asuminen mahdollisimman pitkään on usein sekä sairastuneen että hänen läheistensä toive. Omaishoitajuus on vaativaa, sitovaa ja varsinkin sairauden edetessä se on raskasta sekä henkisesti että fyysisesti. Sairauden edetessä käytösoireetkin usein pahenevat ja omaishoitajat usein uupuvat hoitaessaan käytösoireista muistisairasta. Tämän vuoksi on tärkeää auttaa omaisia ymmärtämään muistipotilaan käyttäytymistä ja löytämään erilaisia kohtaamistapoja vaikeisiin tilanteisiin. On myös tärkeää, että omaishoitaja huolehtii omasta hyvinvoinnistaan ja jaksamisestaan sekä jakaa hoitovastuuta muiden kanssa. Tukea ja tietoa omaisille voivat antaa esimerkiksi heille suunnatut koulutukset ja vertaisryhmätoiminnot. Omaishoitajien saatavilla tulee olla ammattilaisten tuki varsinkin



mahdollisten ongelmatilanteiden aikana. Muistisairaalle voi myös järjestää intervallijaksoja hoivakotiin. Tämä osaltaan tukee omaisten jaksamista ja muistipotilaan kotona asumista. (Eloniemi-Sulkava 2010; Muistiliitto 2017. Omaishoitoisuus.)

Hoitohenkilökunnan tukeminen ja kouluttaminen parantavat hoitajien työhyvinvointia ja heidän suhtautumistaan potilaisiin, joilla on muistisairaus. Muistisairaatt työllistävät paljon hoitajia ja toisinaan muistisairaahan kohtaaminen ja hoitaminen voi tuntua hyvinkin haastavalta. Koulutusten tavoitteena on auttaa henkilökuntaa toteuttamaan potilaslähtöistä hoitoa, parantaa heidän kommunikointitaitojaan sekä löytämään käytösoireiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä. Suomessa on esimerkiksi kehitetty TunteVa-toimintamalli muistisairaita hoitaville. Se perustuu kansainvälisesti tunnettuun Naomi Feilin validaatiomenetelmään, jonka Vanhustyön keskusliitto toi Suomeen noin kolme vuosikymmentä sitten. TunteVa-toimintamalli on vuorovaikutusmenetelmä, joka tukee muistisairaahan identiteettiä ja omanarvontuntoa. On hyvin tärkeää, että muistisairaahan arvokkuus säilyy sairaudesta huolimatta ja hänet hyväksytään sellaisena kuin hän on. TunteVa-opas ja koulutukset ovat yksi keino lisätä muistisairaita hoitavien tietoa ja taitoa kohdata muistisairas ja se antaa uusia näkökulmia hoitoon. (Eloniemi-Sulkava 2010; Pohjavirta, 2012.)

Hoitoympäristöllä on suuri merkitys muistipotilaan selviytymisen tukemisessa sekä käytösoireiden lieventämisessä. Ympäristön tulee olla tutun oloinen ja kodikas, jotta muistisairas kokee hallitsevansa tilaa. Omannäköinen asuinympäristö vähentää turhautumista ja tarpeettomuuden tunnetta, mikä osaltaan vähentää levottomuuden ilmenemistä. Äänimaailman rauhallisuus ja selkeys ovat asioita, joihin tulee kiinnittää erityistä huomiota, sillä se luo turvallisuuden tunnetta. Hoitoympäristön tulee tarjota sekä yksityisyyttä että sosiaalista yhdessäoloa. Muistipotilaiden hyvinvointia tukevat toiminnan ja osallistumisen mahdollisuudet ja edellä mainittujen on todettu vähentävän käytösoireita. Ympäristön muokkaaminen muistisairaalle mieluisaksi on siis tärkeää ja se tukee sairastunutta säilyttämään itsenäistä toimintakykyä ja saamaan myöskin onnistumisen kokemuksia. (Eloniemi-Sulkava 2010; Muistiliiton julkaisusarja 2/2016. Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 35.)

#### 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää teemahaastattelun avulla hoivakodeissa käytössä olevia muistisairaalan lääkkeettömiä hoitokeinoja ja minkälaisia kokemuksia hoitajilla on hypistelymuhvien käytöstä osana muistisairaalan hoitoa. Haastattelu tehtiin kahden eri hoivakodin hoitajille Kemissä.

Tutkimuksen tavoitteet määritellään useimmiten kuvaamalla sitä, miten tuotettavaa tietoa voidaan hyödyntää. Voidaan esimerkiksi arvioida, kuinka tutkimuksen tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön johtamisessa tai käytännössä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 75.) Tämän tutkimuksen tavoitteena on saada haastattelujen avulla tietoa, jota voidaan hyödyntää muistisairaalan lääkkeettömässä hoitotyössä.

Laadullisessa tutkimuksessa on oleellista kuvata tutkimustehtävät. Tutkimustehtävissä määritellään ne kysymykset, joihin tutkimuksella halutaan vastata. Tutkimustehtävät perustuvat tutkimuksen tarkoitukseen ja tavoitteisiin. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa tavallisesti asetetaan jokin tietty ilmiö, jota tutkimustehtävä kuvaa. Lisäksi tarkastellaan tutkittavien taustatietojen yhteyttä tutkimusilmiöön. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 75-76) Laadullisen tutkimuksen tutkimustehtävät ovat määrällisen tutkimuksen tutkimusongelmiin verrattuna väljempiä eivätkä niin yksityiskohtaisesti kuvattuja. Ne ovat joustavia ja voivat muuttua tutkimuksen edetessä pidemmälle. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 156-157)

Tämän tutkimuksen tutkimustehtävät ovat seuraavat:

1. Millaisia lääkkeettömiä hoitokeinoja hoivakodeilla on käytössä?
2. Millaisia kokemuksia hoitajilla on hypistelymuhvien käytöstä muistisairaalan hoitotyössä?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSMENETELMÄ

### 5.1. Laadullinen tutkimus

Laadullisen tutkimuksen määrittelyssä korostuvat ihmisten tulkintojen, kokemusten, motivaation tai käsitysten tutkiminen eli toisin sanoen laadullinen tutkimus liittyy asenteisiin, uskomuksiin ja käyttäytymisen muutoksiin. Laadullisella tutkimuksella on monia merkityksiä hoitotyölle ja hoitotieteelle, sillä sen avulla voidaan saada pätevää tietoa esimerkiksi sairauden kokemuksista ja hoitokokemuksista. Laadullisen tutkimuksen pääpiirteitä ovat muun muassa joustavuus, subjektiivisuus, kokonaisvaltaisuus, tutkijan ja osallistujan suhteen läheisyys, strukturoimattomuus, induktiivinen analyysi ja tulosten ainutlaatuisuus. Laadullinen tutkimus on joustava ja siinä voidaan toimia ja edetä tilanteen mukaan eikä asiat ole valmiiksi lukkoon lyötyjä (Kananen 2015, 71). Tutkimusalueet, joista ei vielä tiedetä juuri mitään, ovat yleensä laadullisen tutkimuksen käyttöalueita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65-66, 73,74.) Hypistelymuhveista on vähän teoriatietoa, minkä vuoksi opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui laadullinen lähestymistapa.

Laadullisissa tutkimuksissa ei koskaan pyritä tilastolliseen yleistettävyyteen vaan enemmänkin teoreettiseen yleistettävyyteen. Tutkimusaineiston keskiössä ovat esimerkiksi kokemukset ja tapahtumat, minkä vuoksi tutkimukseen halutaan saada henkilöitä, joilla on paljon tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tästä johtuen otos ei ole satunnainen, vaan harkinnanvarainen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67, 110.) Laadullisen tutkimuksen otoksen kokoa ei ole tarkkaan määriteltä, vaan tutkittavien henkilöiden määrä voi vaihdella yhdestä henkilöstä muutamahan kymmeneenkin. Pienestäkin henkilömäärästä voi tulla analysoitavaksi suuri määrä puhtaaksikirjoitettuja eli litteroituja keskusteluja. (Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara 2007, 176.)

Laadullisen tutkimuksen kaksi keskeisintä aineistonkeruumenetelmää ovat haastattelu ja havainnointi. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa havainnointia käytetään suhteellisen vähän haastavuutensa vuoksi. Sen lähtökohtana on halu ymmärtää näkemäänsä ja kokemaansa ja sitä kautta hahmottaa ympäristöään. Havainnointi sopii aineistojen keruuseen silloin kun tutkimusaiheesta tiedetään vähän tai ei

lainkaan. Piilohavainnointi ja osallistuva havainnointi ovat esimerkkejä havainnoinnin eri muodoista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 121-122.)

Haastattelumuotoja on monia erilaisia. Voi olla yksilö-, pari- ja ryhmähaastatteluja ja ne voidaan toteuttaa strukturoituina (lomakehaastatteluina), teemahaastatteluina tai avoimina haastatteluina eli syvähaastatteluina. Haastatteluilla on mahdollista saada syvällistä tietoa ja vastausaktiivisuus on hyvä. Aineistoja voidaan kerätä myös sellaisilta henkilöiltä, jotka eivät esimerkiksi kykene vastaamaan kyselyihin. Haastattelussa korostuu suuresti myös joustavuus, sillä haastattelijalla on mahdollisuus esimerkiksi toistaa kysymys tai oikaista väärinkäsityksiä (Tuomi & Sarajärvi. 2011, 73). Haastatteluihin liittyy myös monia puutteita. Ne vaativat paljon aikaa ja ovat usein kalliita toteuttaa. Aineistojen koko voi jäädä pieneksi niiden työläyden vuoksi, mikä voi aiheuttaa luotettavuusongelmia tutkimukselle. Myös aineiston keruu vaiheessa voi ilmetä luotettavuusongelmia, sillä haastattelutilanteisiin liittyy usein valta-asetelmia tutkijan ja tutkittavana olevan välillä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 123,126.)

Teemahaastattelu on strukturoidun ja avoimen haastattelun välimuoto. Haastatteluun määritellään etukäteen aihepiiri ja teema, joista tehdään tarkentavia kysymyksiä. Kysymysten tarkkoja muotoja tai esitysjärjestystä ei ole määritelty. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125.) Tällaisessa haastattelutyypissä korostetaan ihmisten omia tulkintoja ja merkityksiä asioista ja niiden syntymistä vuorovaikutuksessa. Teemahaastattelussa pyritään löytämään vastauksia tutkimuksen ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusaineisto koostuu neljälle eri hoitajalle tehdystä teemahaastattelusta. Teemahaastattelu valittiin haastattelumenetelmäksi, koska se tuntui tähän opinnäytetyöhön sopivimmalta. Haastattelun kulkua ohjasi etukäteen määritetyt teemat, joita oli kaksi kappaletta. Teemojen pohjalta laadittiin kysymykset, joilla pyrittiin löytämään vastauksia tutkimustehtävien mukaisesti. Haastatteluissa käytettiin pohjana etukäteen tehtyä teemahaastattelurunkoa (Liite 3). Hoivakodit saatiin mukaan ottamalla yhteyttä sähköpostilla ja soittamalla, jolloin heille kerrottiin opinnäytetyöstä ja sen tarkoituksesta. Haastateltavat valikoituivat

molemmista hoivakodeista vapaaehtoisuuden perusteella. Alussa oli vaihtoehtona tehdä haastattelut parihaastatteluna, mutta lopulta päädyttiin yksilöhaastatteluihin, sillä siten saadaan luotettavampaa ja monipuolisempaa tietoa tutkittavasta aiheesta. Haastattelut nauhoitettiin ja ne litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi.

## 5.2. Tutkimusaineiston analysointi

Aineistojen analysoiminen on laadullisessa tutkimusprosessissa hyvin haasteellista. Usein kritisoidaan analyysien epäselvyyttä sekä sitä, mistä ja mitä kautta saadut tulokset ovat muodostuneet. Tutkimuksessa saatu aineisto analysoidaan jo usein sen keräämisen yhteydessä. Analyysi aloitetaan yleensä litteroimalla eli kirjoittamalla puhtaaksi haastattelunauhoista saatu materiaali. Useimmiten puhe kirjoitetaan auki sanasta sanaan, mutta välttämätöntä se ei ole. Auki kirjoitetusta tekstistä tulee niin sanotusti tutkijan raaka-aineistoa ja se suuntaa aineiston jatkokäsittelyä. On tärkeää kuunnella nauhoitteet mahdollisimman pian, sillä silloin haastattelutilanne on vielä kirkkaana muistissa ja silloin esimerkiksi äänenpainot ja tauot tulevat esille ja antavat omalta osaltaan tärkeää tietoa haastattelusta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2013, 163-164.)

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen lähestymistavoissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163). Sisällönanalyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Tällä menetelmällä kerätty aineisto järjestetään helpottamaan johtopäätösten tekoa. (Tuomi & Sarajarvi 2011, 103.) Sisällönanalyysi voi olla joko induktiivista eli aineistolähtöistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167).

Tässä tutkimuksessa analyysimenetelmänä toimi induktiivinen sisällönanalyysi, jota ohjaa tutkimuksen tarkoitus ja sillä haetaan vastausta tutkimustehtäviin (Kylmä & Juvakka 2007, 113). Aineisto eli haastattelut on ensin kirjoitettu auki Word –tiedostolle fontilla Arial ja fonttikoolla 11, jolloin sivumääräksi tuli 10. Analysoinnin helpottamiseksi aineistosta etsittiin ensin tärkeät alkuperäisilmaukset ja ne erotettiin muusta tekstistä värikynällä alleviivaamalla. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja samaa tarkoittavat pelkistykset yhdistettiin. Pelkistykset kirjoitettiin kahteen taulukkoon ja yhdistettiin alaluokiksi (Kuvio 1). Alaluokista muodostui

yläluokat, joiden kautta löytyi kaksi pääluokkaa, jotka ovat lääkkeettömien keinojen käyttö muistisairaahan hoitotyössä ja hypistelymuhvien käyttö muistisairaahan hoitotyössä.

pelkistetyt ilmaukset ->	alaluokka	yläluokka	pääluokka
-laulaminen - musiikki	Musiikki	Aktiviteetit ja virikkeet	Lääkkeettömien keinojen käyttö muistisairaahan hoitotyössä
-jumppa -ulkoilu -haravointi	Liikunta		
- pelit -lehdet -televisio	Viihde		
-aamupesut - ruokailut	Päivittäiset toiminnot		
-keskustelu -muistelu	Keskusteleminen		
- papin käynnit -opiskelijoiden järjestämät tuokiot	Ulkopuolisten toimijoiden viriketuokiot		

Kuvio 1. Esimerkki sisällönanalyysistä.

### 5.3. Laadullisen tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys on tutkimuksessa tieteellisen toiminnan ydin. Tutkimuksen kohteena olevien kannalta eettisyys näkyy siinä, että tutkittavat henkilöt säilyttävät anonymiteettinsä. Tämä tarkoittaa sitä, että saatuja tutkimustietoja ei luovuteta kenellekään ulkopuoliselle. Tärkeä lähtökohta tutkimuksen teossa on osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta. Tutkimukseen osallistuvan on tiedettävä se, mikä on tutkimuksen luonne. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172, 177 -179)

Plagioinnilla tarkoitetaan toisen henkilön tuottaman tekstin suoraa lainaamista ilman lähdeviitettä ja se ei ole missään muodossa sallittua. Lähteiden tulee olla selkeästi merkittyjä ja totuudenmukaisia. Myös tulosten sepittäminen on kiellettyä. Sepittämisellä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa saadut tulokset ovat keksittyjä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182)

Tässä tutkimuksessa kaikki haastateltavat säilyttävät anonymiteettinsä. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä saa myös kieltäytyä. Ennen haastattelua varmistetaan, että osallistujat tietävät tutkimuksen luonteen ja ym-

märtävät, mihin he osallistuvat. Tutkimusaineisto kerätään luotettavilla menetelmillä ja haastattelut nauhoitetaan. Nauhoitteet tuhottiin heti analysoinnin jälkeen eettisyyden säilyttämiseksi. Tutkimus tehdään sellaisella aikataululla, että tutkimustulokset säilyvät luotettavina. Tässä tutkimuksessa käytetään vain luotettavia kirjallisuus- ja internetlähteitä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida seuraavilla kriteereillä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Laadullisen tutkimuksen yleisissä luotettavuuskriteereissä korostetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta. Luotettavuus arvioidaan suhteuttamalla tulokset tutkimusongelmiin. Uskottavuutta lisää esimerkiksi se, että tutkija viettää riittävän pitkän ajan tutkittavan ilmiön parissa. (Kylmä, Vehviläinen-Julkun & Lähdevirta 2003.) Vahvistettavuus tarkoittaa, että koko tutkimusprosessi on kirjattu niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua. Se on kuitenkin hieman ongelmallinen kriteeri, sillä laadullinen tutkimus on yhdenlainen versio tutkittavasta aiheesta ja toinen tutkija voisi saada erilaiset tulokset samasta aiheesta. Refleksiivisyys tarkoittaa tutkimuksen tekijän tietoisuutta omista lähtökohdistaan ja siitä, kuinka hän itse vaikuttaa aineistoon ja tutkimusprosessiin. Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimuksessa on oltava tarpeeksi tietoa esimerkiksi osallistujista, jotta tulosten siirrettävyyttä voidaan arvioida. (Kylmä & Juvakka 2007, 128,129.)

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

Haastattelujen pohjalta saaduista alkuperäisilmausten pelkistyksistä laadittiin taulukko, joka päätettiin jakaa kahteen eri taulukkoon. Pelkistystä yhdistelemällä saatiin alaluokat, joista taas edelleen yläluokat. Ensimmäisen taulukon (liite 1) viisi yläluokkaa ovat aktiviteetit ja virikkeet, aktiviteettien ja virikkeiden hyödyt, käytösoireet, lääkehoito käytösoireiden lieventämisessä ja käytösoireiden lääkkeetön hoito. Näistä pääluokaksi muodostui lääkkeettömien keinojen käyttö muistisairaanhoidotyössä. Toiseen taulukkoon (liite 2) muodostui kolme yläluokkaa, jotka ovat hypistelymuhvien käyttö, hypistelymuhvien hyödyt ja hypistelymuhvien käyttöaiheet. Näistä pääluokaksi tuli hypistelymuhvien käyttö muistisairaanhoidotyössä.

### 6.1 Lääkkeettömien keinojen käyttö muistisairaanhoidotyössä

Haastateltavien mainitsemista aktiviteeteista ja virikkeistä nousi esiin musiikki, liikunta, viihde, päivittäiset toiminnot, keskusteleminen ja ulkopuolisten toimijoiden viriketuokiot. Musiikki käsitteenä sisältää laulamisen, pianon soittamisen ja musiikin kuuntelun. Liikuntaa hoivakodeissa harrastetaan erilaisten jumppien muodossa, kuten käsi- tai jalkajumppa, ulkoilemalla mahdollisuuksien ja sään mukaan sekä esimerkiksi haravointi, jos asukkaan kunto sen sallii. Viihde sisältää television katselun, erilaisten pelien pelaamisen, kuten korttipelit, palapelit ja bingo, sekä lehtien lukemisen. Aktiviteeteiksi luetaan myös päivittäiset toiminnot, kuten aamupesut ja ruokailut, erityisesti jos asukas kykenee näihin toimiin osallistumaan itse. Asukkaan kanssa keskustelu ja muistelu nousivat myös esiin. Näiden lisäksi mainittiin myös ulkopuolisten toimijoiden viriketuokiot, joita ovat esimerkiksi seurakunnalta papin käynnit ja opiskelijoiden järjestämät virikkeet.

*"...illasta varsinkin jotain yhteistä telkkarin kattomista, siinä samalla jotakin semmosta käsi- tai jalkajumppaa."*

*"Sitten meillä on täällä laulutukioita aina välillä ja elokuvatuukioita... meille tuli nyt pianokin niin saadaan vähän pianoa soittaa ja asukkaatkin voi soittaa jos tykkää."*



Unenlaadun paraneminen, mielialan kohottaminen, toimintakyvyn ylläpitäminen, sosiaalinen kanssakäynti ja turvallisuus nousivat esiin puhuttaessa aktiviteettien ja virikkeiden hyödyistä. Haastateltavat kokevat asukkaiden nukkuvan yöt paremmin, kun he ovat saaneet touhuta päivällä. Asukkaat ovat myös pirteämpiä, iloisempia ja tyytyväisempiä olotilaansa. Eniten mainittuna hyötynä esiin tuli se, että mieli virkistyy aktiviteeteista ja virikkeistä. Aktiviteeteillä myös pyritään pitämään asukkaiden toimintakyky yllä mahdollisimman pitkään. Pyritään siihen, että asukkaalle annetaan vastuuta ja hoivakodit olisivat kodinomaisia, jotta laitostumista ei tapahtuisi niin paljon. Aktiviteetit ja virikkeet nähdään osana muistisairaankuntoutumista. Myös kanssakäynti toisten ihmisten kanssa tuo mielenvirkeyttä, vaikka asukas ei kykenisi kommunikoimaan. Tärkeää on kuitenkin saada kontaktia toisiin ihmisiin, mikä onnistuu muun muassa yhteisten aktiviteettien ja virikkeiden kautta. Yhteisten toimintojen koettiin myös lisäävän asukkaiden turvallisuudentunnetta.

*”...semmosta mielenvirkeyttä se tuo kans ja tämmöstä, että saa olla jollaki tavalla ainaki kanssakäynnissä toisen ihmisen kans, että jos ei vaikka puhu muuten, mutta jollaki tavalla saa kuitenkin sosiaalista yhteyttä muihin”*

Haastateltavat mainitsivat hoivakodeissa ilmenevistä käytösoireista psyykkisen oireilun, fyysisen väkivallan sekä menneessä elämisen. Psyykkinen oireilu käsitteenä sisältää ahdistuneisuuden, levottomuuden, kiihtymisen, pahantuulisuuden ja aggressiivisuuden. Asukas voi esimerkiksi kokea hoivakodin tilat ahdistavina ja pyrkii pois sieltä. Jos hoitaja alkaa neuvoa ja rajoittaa asukasta, voi tämä aiheuttaa kiihtymistä. Erimielisyyttä esiintyy usein, ei välttämättä uskota tai kuunnella hoitajaa. Aggressiivisuus liitetään tässä yhteydessä psyykkiseen oireiluun, sillä se tarkoittaa monia muitakin muotoja kuin fyysinen väkivalta. Fyysisenä väkivaltana haastateltavat toivat esiin hoitajasta kiinni ottamisen, huitomisen, lyömisen, potkimisen, läpsimisen, nipistelyn ja puremisen. Nämä koettiin normaaleiksi käytösoireiksi, joihin muistisairaiden kanssa usein törmää, sillä he eivät aina ymmärrä esimerkiksi hoitotoimien tarkoitusta. Myös menneessä eläminen nousi

esiin käytösoireena. Koti-ikävä vaivaa monia asukkaita, sillä he eivät muista asuvansa hoivakodissa ja he usein etsivät äitiään tai ovat lähdössä kotiin tekemään ruokaa, mikä taas aiheuttaa hätäntymistä, kun hoivakodista ei pääsekään pois.

*”...tietenki nuissa hoitotoimenpiteissä, etenki tämmösten jotka hoidetaan vuoteeseen, on tämmösiä että saatetaan ottaa kiinni hoitajasta, huitoa, lyödä, semmosta... ku ei tavallaan ymmärretä sitä tilannetta, että mitä siinä niinkö tehhään...”*

Haastateltavien mukaan lääkehoito on osa muistisairaiden käytösoireiden hoitoa. Osa koki lääkkeiden merkityksen pienemmäksi ja osa suuremmaksi. Koettiin, että käytösoireita, kuten ahdistuneisuutta, pyritään lieventämään ensin keskustelulla ja rauhoittelulla, mutta jos se ei auta niin päädytään lääkitsemiseen.

Haastateltavat nostivatkin esiin lääkkeettömät keinot puhuttaessa käytösoireiden lieventämisestä. Näitä ovat keskusteleminen, kuunteleminen, oman tilan antaminen ja hoitajan oma toiminta. Koettiin, että keskusteleminen, huomion antaminen ja kuunteleminen rauhoittamiskeinoina ovat tehokkaita. Tilan ja ajan antaminen nousivat haastatteluissa esiin. On tärkeää antaa muistisairaalle tilaa ja rauhaa, kun hän on esimerkiksi pahalla tuulella. Jos muistisairas on esimerkiksi kiihtynyt ja etsii ulospääsyä, on hänen parempi antaa etsiä sitä kuin alkaa rajoittaa hänen liikkeitään. Näissä tilanteissa koetaan tehokkaaksi myös huomion kiinnittäminen muualle juttelemalla ja houkuttelemalla muihin toimiin. Esiin nousi myös hoitajien oma toiminta, se miten he kohtelevat, hoitavat ja lähestyvät muistisairasta.

*” Jos on vaikka pahalla päällä eikä halua nousta ylös niin antaa sitte olla rauhassa eikä väkisin ala. Se on sitte ku antaa aikaa niin hetken päästä parempi se mieli.”*

*”...sillähän on hirveen suuri merkitys miten heitä niinkö kohdellaan ja hoidetaan, että eli se, kyllä se on sen hoitajan tyyli millä se lähestyy sitä asukasta on aikailla ratkasevaa, että jos hoitajalla on huono päivä niin se on satavarma että sillä asukkaallaki on huono päivä.”*

## 6.2. Hypistelymuhvien käyttö muistisairaanhoidotyössä

Haastattelujen perusteella voidaan sanoa, että hypistelymuhvit ovat olleet hoivakotien asukkailla yleisesti ottaen melko vaihtelevasti tai vähän käytössä. Poikkeuksena muutamat vuodepotilaat, joilla hypistelymuhvit ovat olleet aktiivisesti käytössä. Esiin noussut syy hypistelymuhvien vähäiseen käyttöön oli pääsääntöisesti se, että ne eivät olleet helposti saatavilla vaan usein säilöttynä esimerkiksi hoitajien kanslian kaapin päälle.

*”Meki ehkä oltais voitu hyödyntää niitä jotenkin paremmin, tai sillä lailla että ois voinu vaikka kokeilla jos on tällöinen, tällöinen tuota kiihtynyt asukas että oisko voinu antaa, että katoppa mikä tämä on, että oisko se sitte auttanu... Mutta täytyy kyllä sanoa että se on ainaki minulle henkilökohtaisesti jäänyt, vähän niinkö unohtunut sitten.”*

Hypistelymuhvien koettiin olevan mieleistä tekemistä, sillä sen hypistely tuo miellyttävää muistisairaalle. Joidenkin muhvien koristeet eivät kuitenkaan sopineet kaikille, sillä esimerkiksi joidenkin muhvien sisällä oleva rapiseva kangas pelotti herkimpiä eivätkä he uskaltaneet laittaa käsiään muhvin sisään. Hypistelymuhvien koettiin myös auttavan keskittymistä, jolloin esimerkiksi keskustelu sujuu paremmin, kun muistisairas saa samalla käsilleen tekemistä.

Hypistelymuhvien koettiin myös toisinaan auttavan käytösoireiden lieventämisessä. Niiden hypistely rauhoittaa muistisairasta ja auttaa myös lievittämään stressiä. Myös joidenkin asukkaiden raapiminen ja nipistely hoitotoimien yhteydessä vähensi hypistelymuhvin käyttöön oton jälkeen.

*”Siinä ku keskustellaan, jos asukas on esimerkiksi kauhean ahdistunut, niin siinä on hyvä antaa se muhvi samalla. Se lieventää sitä stressiä samalla ku saa sitä hypistellä siinä samalla ja kertoa niitä ajatuksia.”*

Hypistelymuhvien koettiin olevan kaikista eniten käytössä käsien lämmittelytarkoituksessa. Varsinkin vuodepotilaat tykkäävät, kun saa pitää kylmiä käsiä muhvin sisällä. Hypistelymuhveja käytetään myös tilanteissa, kun muistisairas nyppii

esimerkiksi pöytäliinaa tai silppuaa nenäliinoja. Näissä tilanteissa hoitajat ovat toisinaan antaneet muistisairaalle muhvin käteen ja hän on keskittynyt sen hypistelyyn ja jättänyt pöytäliinan rauhaan. Hypistelymuhveja on käytetty myös muun toiminnan ohessa, kuten iltaisin televisiota katsellessa tai kun ei ole ollut sillä hetkellä muuta aktiviteettia.

*” No mun mielestä ne on tosi käteviä kyllä, että niitä pitäs käyttää ehottomasti enemmän. Koska tota ne rauhoittaa asukkaita paljon ja on sitten mieleistä tekemistäki, ei mee ruokalaputki ihan palasiksi sitte aina. Ne on kyllä ihan mahtava keksintö. ”*

### 6.3 Johtopäätökset

Tulosten perusteella hoivakodeilla on käytössä monenlaisia eri tapoja aktivoida muistisairaita. Selkeästi esiin nousi musiikin käyttö yhtenä virikkeenä. Musiikin koettiin piristävän ja kohottavan muistisairaahan mielialaa. Musiikkia kuunneltiin radiosta, pidettiin laulutukioita ja toisinaan myös kävi laulattaja laulattamassa vanhoja tuttuja lauluja. Samankaltaisia tuloksia on saatu aiemmissakin tutkimuksissa, esimerkiksi Miina Sillanpään säätiön julkaisemassa Muistaakseni laulan – tutkimuksessa.

On todettu, että kun aktiviteeteilla ja virikkeillä keskitetään muistisairaahan ajatukset johonkin tiettyyn tekemiseen, saadaan muistisairas rauhoittumaan ja ennaltaehkäistään levottomuutta (King 2013, 6-8). Myös tämän tutkimuksen haastateltavat olivat samaa mieltä. Haastatteluissa todettiin, että käytösoireet lievenevät, kun aletaan jutella jostain toisesta aiheesta tai saadaan ajatukset keskittymään muualle. Tärkeänä seikkana haastatteluissa esiin nousi myös ajan antaminen. Jos tilannetta yrittää purkaa kiireellä ja hoputtamalla muistisairasta, voivat käytösoireet jopa pahentua entisestään. Rauhoittumista edellyttää, että muistisairas saa rauhassa purkaa ajatuksiaan ja tunnetilojaan. Usein tässä auttaa jokin hiljainen aktiviteetti, esimerkiksi palapeli tai hypistelymuhvi. Hoivakodeissa pyritään myös aktiviteettien avulla ehkäisemään laitostumista ja ylläpitämään muistisairaiden

toimintakykyä. Viriketoiminnalla halutaankin tukea muistisairaana elämän normaaleja rooleja ja ehkäistään liiallista potilaan roolin omaksumista ja laitostumista (Sulkava 2010, 134).

Haastattelujen perusteella tuli ilmi, että monet kyllä pitivät hypistelymuhvien ideasta, mutta eivät kuitenkaan osanneet niitä hyödyntää hoitotyössä. Eräs haastateltava pohti sitä, että ehkä muhveja olisi osattu hyödyntää paremminkin, jos lahjoituksen mukana olisi tullut jokin pieni esite hypistelymuhveista ja niiden käyttötarkoituksesta. Hypistelymuhvit olivat myös ehtineet olla hoivakotien käytössä jo useasta kuukaudesta vuoteen ennen kuin haastattelut tehtiin, joten he kokivat, että alkuinnostus muhveista oli jo laantunut ja sitä kautta muhvit olivat päässeet jo osittain unohtumaan.

Hypistelymuhvien koettiin pääsääntöisesti olevan kaikista hyödyllisimpiä käsien lämmittelyyn, eikä niinkään käytösoireiden lieventämiseen. Varsinkin vuodepotilaiden kohdalla käsien lämmittely on tarpeen heikentyneen verenkierron vuoksi. Hypistelymuhvin käyttö nipistelyn ja raapimisen ehkäisyksi hoitotoimenpiteiden ajan koettiin kyllä melko onnistuneeksi. Tulokset antavat viitteitä siitä, että oikein hyödynnettyinä hypistelymuhveista on hyötyä hoitotyössä, mutta niitä tulisi aktiivisesti käyttää. Tietenkään ne eivät kaikille sovi, sillä osa hoivakodin asukkaista ei niistä ollut tykännyt lainkaan, mutta osa oli muhveihin tykästynyt kovastikin.

## 7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää teemahaastattelun avulla hoivakodeissa käytössä olevia muistisairaalan lääkkeettömiä hoitokeinoja ja minkälaisia kokemuksia hoitajilla on hypistelymuhvien käytöstä osana muistisairaalan hoitoa. Tavoitteena oli saada haastattelujen avulla tietoa, jota voidaan hyödyntää muistisairaalan lääkkeettömässä hoitotyössä. Tutkimuksen tekeminen oli opettava kokemus, vaikkakin siinä oli omat haasteensa. Kummallakaan tekijällä ei ole aiempaa kokemusta tutkimuksen tekemisestä, joten tutkimusprosessin kokonaiskuvaa ja sen vaativaa työn määrää oli varsinkin alussa vaikea hahmottaa. Tutkimuksen tekeminen oli kuitenkin hyvä oppimiskokemus, josta varmasti on hyötyä jatkossa.

Merkittävä ongelma tutkimuksen edetessä oli aikataulussa pysyminen. Molemmat tekijät työstivät tutkimusta koulun ja työn ohessa, joten yhteistä aikaa oli välillä vaikea löytää. Tämä vaikeutti myös haastatteluiden tekemistä, sillä hypistelymuhvien viemisen ja haastatteluiden järjestämisen välillä kului erinäisistä syistä johtuen odotettua enemmän aikaa. Opinnäytetyön aihe on saatu keväällä 2016, suunnitelma on hyväksytty joulukuussa 2016, teemahaastattelut tehtiin touku-kuussa 2017 ja työn viimeistely on tapahtunut syksyn 2017 aikana. Haastattelujen tekeminen on myös ollut uusi kokemus opinnäytetyön tekijöille, mikä osaltaan näkyy haastatteluista saadun materiaalin laajuudessa. Haastattelutilanteet pyrittiin saamaan mahdollisimman luonteviksi ja keskustelu sujuvaksi, mutta siitä huolimatta muun muassa tarkentavien kysymysten puute sai aikaan sen, että joidenkin kysymysten vastaukset olivat hyvin niukat.

Suurin osa työstä on kirjoitettu molempien tutkimuksen tekijöiden ollessa samassa tilassa yhdessä pohtimassa aihetta, toki jotkin kohdat on juuri aikataulusyistä kirjoitettu erikseen. Näin on varmistuttu siitä, että kirjoitettu teksti on molempien ajatusten kanssa yhteneväistä ja kumpikin on saanut tuotua oman mielipiteensä esiin ja siitä, että molemmat ovat panostaneet työhön ja työskennelleet sen parissa yhtä paljon.

Haastetta toi myös tutkitun tiedon hankkiminen hypistelymuhveista. Aihe on hyvin uusi, joten aiempia tutkimuksia juuri hypistelymuhveihin liittyen emme löytäneet.

Tutkittua tietoa muista muistisairaiden virikkeistä, kuten musiikin käytöstä kuitenkin löytyi, joten tutkimustuloksia on verrattu niihin. Alun perin opinnäytetyön painopiste oli hypistelymuhveissa ja niiden käyttökokemuksissa, mutta koska teoriatietoa hypistelymuhveista löytyi niin vähän ja haastatteluissakin saatiin enemmän tietoa lääkkeettömistä hoitokeinoista, päädyttiin opinnäytetyössä painottamaan enemmän lääkkeettömiä hoitokeinoja ja käytösoireiden hoitoa. Hypistelymuhvit ovat työssä pienemässä roolissa ja niistä kerrotaan yhtenä lääkkeettömän hoidon osa-alueena. Opinnäytetyön työstämisen loppuvaiheessa muokattiin myös tarkoitusta ja tavoitetta, sillä ne eivät olleet niin selkeitä kuin toivottiin.

Tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta on arvioitu koko prosessin ajan. Tutkimuksessa on käytetty vain luotettavia kirjallisuus- ja internetlähteitä. Haastattelut toteutettiin anonymisti ja niiden nauhoitteet hävitettiin heti aineiston analysoinnin jälkeen. Molemmat tutkijat osallistuivat kaikkiin haastatteluihin. Tutkimukseen osallistuminen oli hoitajille täysin vapaaehtoista ja halukkuus varmistettiin ennen haastattelua suostumuslomakkeella.

Kuluja opinnäytetyöstä ei tullut, ainoastaan matkakuluja hieman. Hoivakoteihin annetut hypistelymuhvit saatiin lahjoituksena ja haastatteluissa käytetty nauhuri oli koululta lainassa. Hieman harmitusta herätti kun toiseen hoivakotiin vietiin suuri pussillinen muhveja ja he soittivat perään siitä, että muhveissa ei ollut mitään hypisteltävää. Muhveja käytettiin toisen opinnäytetyön tekijän kotona, jossa muhveihin tehtiin hypisteltäviä koristeita. Opinnäytetyön valmistuttua, lähetettiin se toimeksiantajalle, joka hyväksyi opinnäytetyön ja aikoo sitä myös hyödyntää työssään.

Jatkotutkimusehdotuksena on tutkia, onko hypistelymuhveista apua kotona asuvan muistisairaahan hoidossa. Työssä perehdyttiin omaishoitajan jaksamiseen hänen hoitaessaan käytösoireista muistisairasta kotona, joten olisi mielenkiintoista saada tietää kokisivatko he hypistelymuhvit hyödyllisiksi. Hypistelymuhvien tullessa tutummaksi aiheeksi, voisi niiden käyttökokemuksia kartoittaa myös määrällisellä tutkimuksella.

## LÄHTEET

Alanen, H., Järventausta, K., Talaslahti, T. & Leinonen, E. 2013. Psyykenlääkkeet voivat aiheuttaa ongelmia ikäihmisille. SIC! -lehti. 2/2013. Fimea. [http://sic.fimea.fi/2\\_2013/psyykenlaakkeet\\_voivat\\_aiheuttaa\\_ongelmia\\_ikaihmisille](http://sic.fimea.fi/2_2013/psyykenlaakkeet_voivat_aiheuttaa_ongelmia_ikaihmisille)

Atula, S. 2015. Tietoa potilaalle: Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 24.11.2016 [http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/shk/koti?p\\_haku=muistisairaus](http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/shk/koti?p_haku=muistisairaus)

Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2009. Käyttösoireista kärsivän muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Toimittanut: Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. Gerontologinen hoitotyö. 2009. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Eloniemi-Sulkava, U. 2010. Käyttösoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito. Käypähoito. Viitattu 27.4.2017 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01635>

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2003. Kun muisti pettää. Porvoo: WS Bookwell Oy. 2. painos.

Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim.

Hallikainen, M. 2014. Alzheimerin taudin nykyhoito ja lääkekehityksen haasteet. SIC! -lehti. 1/2014. Fimea. [://sic.fimea.fi/1\\_2014/alzheimerin\\_taudin\\_nykyhoito\\_ja\\_laakekehityksen\\_haasteet](http://sic.fimea.fi/1_2014/alzheimerin_taudin_nykyhoito_ja_laakekehityksen_haasteet)

Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) 2017. Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Tallinna: Kustannus Oy Duodecim.

Hartikainen, P. 2014. Lewynkappaletauti. Toimittanut: Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Duodecim. Porvoo: Bookwell Oy.

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Juva, K., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P. & Vataja, R. (toim.) 2011. Kliininen neuropsykiatria. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.



Juva, K. & Härmä, H. 2013. Verisuoniperäinen muistisairaus. Muistiliitto ry. PunaMusta.

Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

King, D. 2013. Activities – a guide for carers of people with dementia. Alzheimer Scotland.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 12.12.2016 [http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo93495&\\_dleh-tihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_auth=](http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo93495&_dleh-tihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=)

Käypä hoito-suositus. 2017. Muistisairaudet. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 10.11.2017 <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044#K1>

Lippincott Williams & Wilkins. 2011. Lippincott's nursing guide to expert elder care. Wolters Kluwer.

Lumijärvi, H. 2012. Terapeuttinen yhteisöhoito ja TunteVa hoitokodissa. Toimitanut: Pohjavirta, H. 2012. Onko tänään eilen. TunteVa-opas muistisairaita hoitaville. Tampereen kaupunkilähetys ry. Tampere: Tammerprint Oy.

Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U., Pyykkö, V. & Kivelä, S. 2006. Vanhustenhoito. Werner Söderström Osakeyhtiö.

Muistiliitto. 2017. Alzheimerin tauti. Viitattu 5.11.2017 <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/alzheimerin-tauti/>

Muistiliitto. 2017. Omaishoitajuus. Viitattu 28.11.2017. <http://muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/koko-perheen-sairaus/omaishoitajuus/>

Muistiliiton julkaisusarja 2/2016. Hyvän hoidon kriteeristö: Työkirja työyhteisöille muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin. Muistiliitto ry. 2016.

Muistisairaana omainen ja hoitaja-opas. 2009. Muistiliitto ry. J-Paino Oy.

Nurminen, M-L. 2011. Lääkehoito. 10., uudistettu painos. WSOYpro Oy.

Pitkälä, K. 2009. Turvallinen lääkehoito. Toimittanut: Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. Gerontologinen hoitotyö. 2009. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Pohjavirta, H.(toim.) 2012. Onko tänään eilen. TunteVa-opas muistisairaita hoitaville. Tampereen kaupunkilähetys ry. Tampere: Tammerprint Oy.

Ruotsalainen, M. & Suvanto, S. 2015. Hypistelymuhvi tuo iloa sekä tekijälle että saajalle. Suomen Sydänliitto ry. Viitattu 24.11.2016. <http://www.sydan.fi/terveys-ja-hyvinvointi/hyvaa-hypistelya>

Sipola, M. & Tiikkainen, O. 2014. Musiikki muistisairaiden hoitotyössä. Opinnäytetyö. Oulun Ammattikorkeakoulu.

Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H.(toim.). 2011. Neurologia. Duodecim. Porvoo: Bookwell Oy.

Sulkava, R. 2016. Geriatria. Lewyn kappale-tauti. Duodecim Oppiportti. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.4.2016 <http://ez.lapinamk.fi:2051/op/ger00805/do#q=alzheimer>

Sulkava, R. 2010. Muistisairaudet. Toimittanut: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg T., Sulkava, R. & Viitanen M. 2010. Geriatria. 2., uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Särkämö, T., Laitinen, S., Numminen, A., Tervaniemi, M., Kurki, M. & Rantanen, P. 2011. Muistaakseni laulan: Musiikin käyttö muistisairaiden mielialan, elämänlaadun ja kognitiivisen toimintakyvyn tukemisessa. Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja A:10. Helsinki: Miina Sillanpään Säätiö.

Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Muistisairaudet. Viitattu 30.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Muistisairauksien yleisyys. Viitattu 27.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10., uudistettu painos. Vantaa: Hansaprint Oy.

Vataja, R. 2014. Muistisairauteen liittyvien käyttäytymisen muutosten ilmeneminen. Muistisairaana käyttäytymisen muutosten kirjo. Käyttäytymisen muutokseen käytettävän lääkkeen valinta muistisairaalle. Toimittanut: Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. 2014. Muistisairaana kuntouttava hoito. Duodecim. Porvoo: Bookwell Oy.

## LIITTEET

## Liite 1.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
-laulaminen - musiikki	Musiikki	Aktiviteetit ja virikkeet	Lääkkeettömien keinojen käyttö muistisairaana hoitotyössä
-jumppa -ulkoilu -haravointi	Liikunta		
- pelit -lehdet -televisio	Viihde		
-aamupesut - ruokailut	Päivittäiset toiminnot		
-keskustelu -muistelu	Keskusteleminen		
- papin käynnit -opiskelijoiden järjestämät tuokiot	Ulkopuolisten toimijoiden viriketuokiot		
-nukkuvat paremmin yöt	Unenlaatu paranee	Aktiviteettien hyödyt	
-pirteämpiä -virkistää mieltä -iloisempia -tyytyväisempiä -tykkäävät touhuta	Mielialan kohottaminen		
-toimintakyky pysyy -ei laitostumista -kuntoutumista -annetaan vastuuta	Toimintakyvyn ylläpitäminen		
-kanssakäynti toisten ihmisten kanssa -sosiaalinen yhteys muihin	Sosiaalinen kanssakäynti		
-turvallisuuden tunne	Turvallisuus		
-ahdistuneisuus -levottomuus -kiihtyminen -pahantuullisuus -aggressiivisuus	Psyykinen oireilu	Käyttöoireet	
-otetaan kiinni hoitajasta -huitominen -potkiminen -lyöminen -läpsiminen -nipistely -pureminen	Fyysinen väkivalta		
-häätäisyys -koti-ikävä	Menneessä eläminen		
-lääkkeitä käytetään jonkin verran -melko suuressa roolissa -osa sitä -jos keskustelu ei auta niin annetaan lääkkeitä -monella ei ole rauhoittavia lääkkeitä -oikean lääkityksen löytyminen	Lääkkeet osa hoitoa	Lääkehoito käyttöoireiden lieventämisessä	
-keskustelu -annetaan huomiota -puhuminen	Keskusteleminen	Käyttöoireiden lääkkeetön hoito	
-kuunteleminen	Kuunteleminen		
-ajan antaminen -tilan antaminen -saa olla rauhassa	Oman tilan antaminen		
-hoitajan tyyli lähestyä asukasta -miten heitä kohdellaan ja hoidetaan	Hoitajan oma toiminta		

## Liite 2.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
-viikoittain joillakin käytössä -vaihtelevasti käytössä -vähän käytössä -muutamalla jatkuvasti käytössä	Käytössä vaihtelevasti tai vähän	Hypistelymuhvien käyttö	Hypistelymuhvien käyttö muistisairaana hoitotyössä
-vuodepotilailla jatkuvasti käytössä	Vuodepotilailla aktiivisesti käytössä		
-eivät ole jatkuvasti saatavilla asukkaille -toimistossa kaapin päällä piilossa -pitäisi käyttää enemmän	Hoitajat eivät osaa hyödyntää muhveja		
-tykkäävät hypistellä -tuo mielihyvää -mieleistä tekemistä	Mieleinen tekeminen	Hypistelymuhvien hyödyt	
-hypistelyyn keskittyminen -auttaa kertomaan ajatuksia	Keskittyminen		
-rauhottaminen -stressin lieventäminen -nipistelyn ja raapimisen väheneminen	Käyttöoireiden lieventyminen		
-käsien lämmittely	Lämmittely	Hypistelymuhvien käyttöaiheet	
-hypistely -vaihtoehto muiden asioiden hypistelyyn	Hypistely		
-istuskelun ohessa -keskustelun ohessa -kun ei ole muuta aktiviteettia	Muun toiminnan ohessa		

## Liite 3.

## Teemahaastattelurunko

**Millaisia lääkkeettömiä keinoja teillä on käytössä muistisairaanhoidossa?**

- Millaisia aktiviteetteja ja virikkeitä yksikkönne asukkaille järjestetään?
- Millä tavoin asukkaat hyötyvät aktiviteeteista ja virikkeistä?
- Minkälaisia käytösoireita yksikkönne asukkailla ilmenee?
- Kuinka suuressa roolissa lääkehoito on käytösoireiden lieventämisessä?
- Mitkä keinot koette tehokkaimmiksi käytösoireiden lieventämisessä?

**Millaisia kokemuksia hoitajilla on hypistelymuhvien käytöstä muistisairaanhoidotyössä?**

- Kuinka usein asukkaat käyttävät hypistelymuhveja?
- Jos muhveja ei juuri käytetä, mistä se johtuu?
- Millaisissa tilanteissa hypistelymuhveja käytetään?
- Millä tavoin muhvien käyttö on näkynyt muistisairaanhoidoksessa?
- Millaisten käytösoireiden hoidossa muhveista on eniten hyötyä?
- Millaista palautetta asukkaat ja omaiset ovat antaneet hypistelymuhveista?

## Liite 4.

**OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS**

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

<b>Toimeksiantaja</b>	Nimi (esim. yritys) <i>Länsi-Pohjan Meishydyshys ry</i> Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) <i>Ulla Keesisto</i> Työn aihe <i>länsi-pohjanmeishydyshys @meishydyshys.fi</i>	
<b>Tekijä</b>	Nimi <i>Ella Toffen / Piia Papinaho</i> Opiskelijanumero <i>A1401471 / A1401501</i> Pöytäkirja / Pöytäkirjainiikka Sähköpostiosoite <i>Piia.Papinaho@edu.fi</i> <i>Ella-Maana.Toffen@edu.lapinamk.fi</i> Suorittava tutkinto <i>Sairaanhoitaja</i> Ryhmätunnus <i>K702T145</i>	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) <i>Aija Kumpu</i> Tehtävänimike <i>lehtori</i> Toimipaikka ja osoite <i>Kesäpuistonkatu 26 84100 Lem.</i> Puhelin <i>050 4611633</i> Sähköpostiosoite <i>aija.kumpu(at)lapinamk.fi</i>
<b>Lapin AMK</b>		
<b>Toimeksiantosopimuksen ehdot</b>		
<b>Ohjaus</b>	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
<b>Dokumentointi</b>	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
<b>Oikeudet</b>	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksista koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohtan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
<b>Keksinnöt</b>	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
<b>Vastuut</b>	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
<b>Lisäksi sovitaan</b>		
<b>Salassapito</b>	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.		
	<b>Paikka ja päivämäärä</b> <i>Lemmi 11.5.2017</i>	<b>Allekirjoitus</b>
<b>Toimeksiantaja</b>	<i>Länsi-Pohjan Meishydyshys ry</i>	<i>Ulla Keesisto</i>
<b>Tekijä</b>	<i>Ella Toffen</i> <i>Ella Toffen</i>	<i>Piia Papinaho</i> <i>Piia Papinaho</i>
<b>Lapin AMK</b>	<i>Lemmi 16.5.2017</i>	<i>Aija Kumpu</i>

